

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

## Tarif KE1 mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. Januar 2017 -

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

### I. Beiträge (Monatsraten gemäß § 8 MB/KK 2009)

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

### II. Versicherungsleistungen

1. Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen sowie für stationäre Entbindung, die über die Allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehen.

2. Es werden erstattet

a) bei Berechnung nach der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung (BPfV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG)

100 % der gesondert berechenbaren Leistungen für Unterkunft und Verpflegung in einem Einbett- oder Zweibettzimmer und für ärztliche Leistungen;

b) wenn das Krankenhaus nicht der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegt,

100 % des Unterschiedsbetrages zwischen dem niedrigsten und dem berechneten Pflegesatz des aufgesuchten Krankenhauses sowie

100 % der Nebenkosten und der gesondert berechneten ärztlichen Leistungen,

mindestens aber für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes ein Tagegeld von 80 EUR.

Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

### III. Tarifbedingungen

#### 1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen, für die bereits anderweitig (z. B. durch gesetzliche Krankenversicherung, freie Heilfürsorge) die Allgemeinen Krankenhausleistungen abgesichert sind. Hierzu gehören auch Personen, für die Aufwendungen für Wahlleistungen nicht beihilfefähig sind. Die Aufnahme kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.

Nach dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 152 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) versicherte Personen sind nicht aufnahme- und versicherungsfähig.

#### 2. Beitragsfestsetzung

Als tarifliches Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr.

Der Beitrag für Kinder gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 20. Lebensjahr vollenden; vom folgenden Monatsersten an wird der niedrigste Erwachsenenbeitrag erhoben.

#### 3. Leistungsanpassung

Der Tarif sichert durch 100 %ige Erstattung der Restkosten eine automatische Anpassung der Leistungen an steigende Behandlungskosten. Die betragsmäßig festgelegten Tagegelder können mit

Zustimmung des Treuhänders der Kostenentwicklung angepasst werden, sobald Beitragsänderungen (Nummer 5 i) in Kraft treten.

#### 4. Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge jährlich zugeschrieben. Die Zuschreibung erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

#### 5. Ergänzungen zu den Musterbedingungen (MB/KK 2009)

a) Zu § 1 (5) MB/KK 2009: Umfang der Leistungen bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland  
Der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb Europas im tariflichen Umfang.

b) Zu § 2 (1) MB/KK 2009: Beginn des Versicherungsschutzes  
Für Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft wird ab Beginn des Versicherungsschutzes auch dann geleistet, wenn der Versicherungsfall schon vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist.

c) Zu § 3 (4) MB/KK 2009: Wartezeiterlass nach ärztlicher Untersuchung  
Die Wartezeiten können aufgrund besonderer Vereinbarung er-

- lassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
- d) Zu § 4 (2) und (3) MB/KK 2009: Medizinische Versorgungszentren  
Der versicherten Person steht auch die Wahl unter approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (§ 95 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) tätig sind, wenn die Abrechnung auf der Grundlage der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte erfolgt. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel können auch von den in Satz 1 genannten behandelnden Ärzten und Zahnärzten verordnet werden.
- e) Zu § 5 (1) Buchst. c MB/KK 2009: Einschränkung der Leistungspflicht  
§ 5 (1) Buchst. c MB/KK 2009 gilt entsprechend für die Behandlung in medizinischen Versorgungszentren, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat.
- f) Zu § 6 (1) MB/KK 2009: Nachweis der Aufwendungen  
Die entstandenen Aufwendungen sind durch die Urschriften der Rechnungen nachzuweisen. Die Belege müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der behandelten Krankheiten, Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Daten und Ziffern sowie den Steigerungssätzen der angewendeten Gebührenordnung, Stempel und Unterschrift des Ausstellers. Bei stationärer Krankenhausbehandlung ist die Art der Unterkunft (Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer) bzw. die aufgesuchte Krankenhauspflegeklasse nachzuweisen.
- Eine zu beanspruchende Leistung durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder freie Heilfürsorge muss auf den Belegen betragsmäßig bescheinigt sein; dabei reichen auch Duplikatrechnungen als Belege aus.
- g) Zu §§ 8 (1), 8 (5), 13 (1) und 14 (2) MB/KK 2009: Begriff des Versicherungsjahres  
Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres ohne Einfluss.
- h) Zu § 8 (7) MB/KK 2009: Mahnkosten  
Die Mahnkosten betragen für jede angemahnte Monatsrate 1 EUR.
- i) Zu § 8 b MB/KK 2009: Beitragsanpassung  
Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 %, so werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.
- Bei einer Abweichung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der KVAV für eine Beobachtungseinheit von mehr als 5 % kann der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders anpassen.
- Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten nach den Vorschriften des VAG und der KVAV für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, hat der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit zu überprüfen und mit Zustimmung des Treuhänders anzupassen.
- j) Zu § 14 (2) MB/KK 2009: Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht  
Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- k) Zu § 15 (3) MB/KK 2009: Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes  
Die Vertragsbestimmung gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins außereuropäische Ausland mit Ausnahme der in § 1 (5) MB/KK 2009 genannten Staaten.

## 6. Ende der Versicherung

Die Versicherung nach diesem Tarif endet – unabhängig von den Bestimmungen der §§ 13-15 MB/KK 2009 – mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit (s. Abschnitt III Nr. 1).